

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THESE ^{N°} 655

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Paulette-Anne MOLITOR

Née le 19 Mars 1911, à Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne des Hôpitaux de Seine-et-Oise

**Le Reclassement social
des Tuberculeux
par leur réadaptation au travail**

Président : M. TANON, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
41 et 43, Rue de l'École de Médecine
PARIS

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Paulette-Anne MOLITOR

Née le 19 Mars 1911, à Paris

Ancien Interne des Hôpitaux de Seine-et-Oise

**Le Reclassement social
des Tuberculeux
par leur réadaptation au travail**

Président : M. TANON, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 et 13, Rue de l'École de Médecine
PARIS

1939

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique de cardiologie
 Clinique de neuro-chirurgie
 Assistance Médico-sociale

Professeurs sans chaire

ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAGINEL-LAVAST.
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 CLERC.
 Marcel LABBE.
 LEREBoullet.
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 CHEVASSU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 LEVY-SOLAL.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 M. VILLARET.
 TROISIER.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 Clovis VINCENT.
 N...
 HAZARD.
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD (Hen ri)	Pathologie médicale.
BERNARD Etie nne	Pathologie médicale.
BESANÇON (Ju stin)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	D'ALLAINES. Patholog. chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
MALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (G.)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN ...	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

pour le Service des Examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.

MM.

LE LORIER ...	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS ..	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
SCHWARTZ ..	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV

AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE
AUBERTIN ...
BRULE
CHABROL
JONZELOT ...
DUVOIR
LIAN
PASTEUR-VAL-
LERY-RADOT
SEZARY

Clinique médicale.

MM.

BASSET
BROCO
CADENAT
GATELLIER ...
MOURE
QUENU
VELTER

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE
METZGER

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé ..
LEDoux-LEBARD
RUPPE
WEIL-HALLE

Education physique.
Radiologie clinique.
Stomatologie.
Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation .

A MES PARENTS

*Faible témoignage de mon amour filial
et de reconnaissance pour tous les sacri-
fices qu'ils se sont imposés pour moi.*

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur TANON

Professeur d'Hygiène et de Médecine préventive
Professeur de Clinique coloniale
Conseiller technique
du Ministre de la Santé publique
Inspecteur général
des Services techniques d'Hygiène
de la Préfecture de Police
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Hommage de respectueuse reconnais-
sance pour le grand honneur qu'il nous
fait en acceptant la présidence de notre
thèse.*

A LA MEMOIRE DU PROFESSEUR CROUZON

*qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse.*

A LA MEMOIRE DE NOTRE MAITRE
LE PROFESSEUR LEON BERNARD

*qui nous a initié à l'étude de la tuber-
culose.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

*Il faut assurer la réconciliation
de la tuberculose et du travail.*

E. BURNET.

INTERET ACTUEL DE LA QUESTION

Il apparaît de plus en plus évident qu'après le dépistage précoce et le traitement de la tuberculose, tout n'est pas encore fait pour le malade; qu'il reste encore une étape importante à franchir. Cette étape, c'est la récupération sociale du tuberculeux, sa réintégration dans la vie normale, qui se présente chaque jours davantage comme une nécessité. Et ceci pour deux motifs dont l'intérêt est capital en raison de la crise actuelle :

Nécessité pour le malade qui, de condition souvent modeste, doit reprendre son travail pour assurer son existence propre et celle des siens;

Nécessité pour le pays qui se ruine en charges d'assistance et s'encombre d'inutiles.

Cette reprise, au sortir du sanatorium, d'une vie normale ou tendant à se rapprocher le plus possible de la normale doit donc être envisagée comme ayant une importance aussi grande que celle de la cure sanatoriale et climatique.

Mais elle constitue un problème des plus com-

plexes et parfois fort difficile à résoudre, problème qui est loin d'avoir reçu une solution satisfaisante. Cet état de choses est regrettable, et il importe de ne rien négliger pour y remédier, sous peine de voir en grande partie annihilés les patients et coûteux efforts de la lutte antituberculeuse, et ceci à cause des rechutes fréquentes déterminées par le manque de directives médico-sociales post-sanatoriales.

Le reclassement social des tuberculeux est conditionné avant tout par *leur réadaptation au travail*.

Ainsi que le fait remarquer le D^r Dumarest, « on s'est aperçu qu'il n'y a pas incompatibilité absolue entre le fait d'être tuberculeux et celui de mener une existence professionnelle plus ou moins voisine de la normale ». Un tuberculeux possède donc un potentiel de forces momentanément inactif, mais que l'on peut espérer utiliser à nouveau dans un délai variable. Ce délai doit être rendu aussi court que possible dans l'intérêt de l'individu aussi bien que dans celui de la société. Ce potentiel d'activité, il faut le récupérer au plus tôt et au mieux de ses possibilités. La tuberculose nous propose là un problème social qu'il importe de résoudre, à savoir : empêcher que le malade disparaisse de la vie sociale comme homme et comme travailleur. *C'est là le but de sa réadaptation au travail.*

CHAPITRE PREMIER

CONDITIONS REQUISES POUR LA REPRISE DU TRAVAIL

C'est de préférence sur des malades encore jeunes que l'effort de réadaptation doit porter, cette catégorie de sujets se réadaptant plus facilement que les individus âgés. Les statistiques publiées démontrent en effet qu'il existe une limite d'âge en deçà de laquelle il reste possible pour le tuberculeux d'entreprendre, avec le maximum de chances de réussir, un nouveau métier mieux adapté au minimum d'effort qu'il peut accomplir. Au-delà de cette limite, au contraire, toute tentative demeure sans résultat et peut même offrir quelques dangers pour le malade.

De plus, cet effort de réadaptation, loin de s'adresser à toutes les catégories de tuberculeux, ne peut être envisagé que pour un certain nombre de malades : la possibilité de reprendre le travail est en effet déterminée par diverses conditions cliniques et anatomiques favorables que l'on ne ren-

contre malheureusement pas chez tous les individus.

Dans ce domaine, il a pu être établi approximativement quelles sont les formes de tuberculose pulmonaire récupérables du point de vue clinique et du point de vue travail.

Ces malades peuvent être classés en quatre catégories, suivant l'état de leurs lésions :

I. — En premier lieu, les sujets dont la guérison radiologique et clinique est acquise, quoiqu'on sache combien le mot de guérison comporte de réserves dans cette maladie. Ces malades forment la minorité des cas à envisager.

II. — Les sujets porteurs depuis plus d'un an d'un pneumothorax unilatéral complet ou électif ne présentant aucun symptôme alarmant à l'examen clinique et chez qui la radio révèle la totale intégrité du côté opposé. Ces malades constituent des cas favorables pour lesquels on est en droit d'envisager la reprise du travail avant même l'abandon du pneumothorax et la *restitutio ad integrum*.

III. — Les sujets stabilisés depuis plus d'un an ou présentant un reliquat scléreux présentant tous caractères de stabilité et de non-évolutivité au cours d'examens radiologiques et cliniques succes-

sifs. Ces cas sont encore assez favorables, mais exigent des examens bactériologiques fréquents de l'expectoration attestant l'absence de bacilles de Koch et indiquant par là l'inactivité de ces séquelles.

IV. — Enfin, une dernière catégorie de sujets qui peuvent bénéficier de la réadaptation au travail, mais pour qui des précautions tout à fait spéciales doivent être prises, est constituée par les tuberculeux présentant des séquelles encore actives par intermittence, mais sans tendance à l'extension. Chez ceux-ci, les examens cliniques et radiologiques donnent les mêmes indications que dans le groupe précédent, mais l'expectoration se révèle bacillifère, que ce soit d'une façon continue ou intermittente.

Ces tuberculeux chroniques constituent un gros fardeau. Ils sont incapables d'efforts continus et pourtant ne peuvent être abandonnés.

Pour ce groupe, on ne peut guère envisager qu'une récupération partielle et irrégulière. C'est un cas d'espèce que nous envisagerons par la suite.

Formes cliniques des lésions, âge des sujets, tels sont les deux facteurs de base qui conditionnent la réadaptation au travail des tuberculeux.

Il existe un troisième facteur d'ordre professionnel : le malade peut-il ou non reprendre son an-

cien métier? On se trouve encore une fois devant diverses catégories de sujets :

1° Dans les cas les plus favorables, les malades pourront reprendre leur ancien travail ou un travail très voisin. C'est l'éventualité la moins courante. Mais, même dans ces cas, la reprise du travail sera précédée d'une remise en train au sanatorium et comportera toujours l'obligation d'une activité réduite. En somme, il s'agira seulement de réentraînement, de réadaptation progressive et dosée à l'effort physique.

2° Il nous faut envisager ensuite les malades qui ne peuvent reprendre leur profession, soit à cause de son caractère pénible ou insalubre (métallurgie lourde, produits chimiques, mines, bâtiment, grande culture), soit en raison des risques de contagion à redouter (alimentation, professorat, gens de maison). Dans ce cas, il convient de procéder à une véritable rééducation, de mettre entre les mains de l'individu un nouveau métier, le plus voisin possible de son ancienne profession. Il s'agit en quelque sorte d'un second apprentissage avec pour but d'offrir, soit un travail du type artisanal n'exigeant pas grand effort et s'effectuant dans des conditions d'hygiène satisfaisantes, soit d'orienter hardiment le sujet vers certaines branches de l'industrie légère où le travail très mécanisé ne demande qu'un

effort physique réduit convenant donc parfaitement à des tuberculeux stabilisés.

Il est précisément une branche de l'industrie susceptible d'utiliser actuellement un grand nombre de ces anciens tuberculeux, c'est celle de la défense nationale. Il n'est pas question sans doute de prétendre affecter ces sujets à des travaux de métallurgie lourde, mais on pourra utilement les employer à la fabrication d'instruments de précision : d'optique, de mesure, d'horlogerie, tournage des fusées d'obus, montage d'armes automatiques. On pourra même utiliser les capacités d'un certain nombre d'entre eux comme dessinateurs, à condition de mettre à leur disposition des tables d'une inclinaison spéciale leur évitant d'être continuellement penchés en avant.

Ce retour à l'industrie, quoique peu séduisant à première vue du point de vue hygiénique, présente cependant d'indéniables avantages d'ordre psychologique et économique.

Il n'est que d'y procéder avec prudence et discipline et d'observer quelques conditions spéciales. Pour le reste, ces emplois rémunérés par de hauts salaires permettent aux ouvriers malades de se procurer plus facilement les conditions de vie favorables à leur santé.

CHAPITRE II

ŒUVRE DE RECUPERATION EN FRANCE ET A L'ETRANGER

Avant que d'examiner plus en détail les initiatives qui devraient être prises rapidement pour obtenir cette récupération doublement avantageuse des anciens tuberculeux, retraçons en quelques lignes ce qui a déjà été fait dans ce sens en France et à l'étranger.

La *France* a été un des tout premiers pays à se soucier de la reprise du travail chez les tuberculeux. Cependant, les résultats ne sont pas dans l'ensemble des plus brillants : ils n'ont guère répondu à l'espérance qu'ils avaient suscitée, non plus qu'aux dépenses qu'ils ont entraînées.

L'effort français est resté, par suite, un moment suspendu, et les nations étrangères en ont profité pour nous devancer dans cette voie. Actuellement, on se préoccupe à nouveau de cet important problème. C'est ainsi que dans quelques sanatoria, tels

que le sanatorium de Campagne, dans l'Aude, il existe un centre de réentraînement au travail consistant en petites industries régionales, travaux de jardinage, de bureau, de lingerie, réparations. Quelques-uns de ces établissements ont même des cercles d'études et des cours. Il est à noter que l'effort qui a été fourni en vue de créer et de parfaire de pareils centres a toujours été l'œuvre d'initiatives privées de médecins et directeurs de sanatoria.

Cette création avait le double avantage de distraire les malades en les empêchant de sombrer dans la paresse et de leur permettre de gagner quelques sous qui étaient toujours les bienvenus.

Ces centres étaient modestes et le peu d'importance de leurs dépenses évitait les grands problèmes économiques qui firent sombrer les tentatives d'une envergure plus vaste.

Par ailleurs, beaucoup de médecins et directeurs de sanatoria s'efforcent de trouver une situation à leurs malades sortants. Quelques grandes entreprises industrielles, telles les usines Michelin ou les chemins de fer de l'Etat, ont la même préoccupation et assurent une reprise de travail de deux, puis quatre, puis six heures de travail, sous contrôle médical.

Mais il ne s'agit là encore, malheureusement, que d'initiatives privées, d'efforts dispersés sans coor-

dination, absolument dépourvus de l'aide des pouvoirs publics. En définitive, chez nous, presque tout est encore à créer.

En ce qui concerne ce qui a été fait à l'étranger, on peut dire que, d'une manière générale, c'est la *Grande-Bretagne* qui a réalisé l'organisation la plus parfaite de récupération.

Elle a depuis longtemps mis sur pied des colonies agricoles (*Efford, Starnighall*), installé des dispensaires dans les grandes villes ayant pour but de fournir du travail ou de diriger les efforts des malades, des ateliers (tels ceux de *Londres, Liverpool, Edimbourg, Bristol*), des centres d'apprentissage, et enfin un service social qui est un modèle d'organisation.

Mais la réalisation la plus intéressante est celle des villages-sanatoria, dont le plus important est celui bien connu de *Papworth*, près de Cambridge.

Ce village comporte un sanatorium autour duquel sont groupés ateliers, écoles, villas pour les familles des tuberculeux, logements pour les célibataires, magasins de toute sorte.

Les malades travaillent sous le contrôle médical dans les ateliers et logent avec leur famille dans les villas avoisinantes. Les statistiques montrent que des individus sains et même des enfants peuvent vivre en contact quotidien avec ces tuberculeux, même bacillifères, à condition que l'on res-

pecte rigoureusement les règles d'hygiène. Un médecin et des assistances sociales y veillent soigneusement.

Cette organisation s'est révélée à l'usage comme fort bien conçue : l'état sanitaire est excellent, l'état d'esprit aussi.

Les autres nations font, de leur côté, un effort qui se montre souvent fructueux : ce sont, en *Allemagne*, près de Breslau, analogue à Papworth. Ce coles, surtout le village-sanatorium de *Herrnpratsch*, près de Breslau, analogue à Papworth. Ce sont, en *Belgique*, de nombreux sanatoria-ateliers, tel celui de *Marcinelles*, une école d'apprentissage contrôlée par l'Etat, une organisation de placement des anciens malades. Ce sont, en *Hollande*, les établissements de rééducation de *Hellendorn*, de *Maestricht*, de *Zonnestraal*. C'est, en *Italie*, le sanatorium de *Camerlata*, organisé en centre de réentraînement au travail, et qui constitue un des modèles du genre, tant par l'organisation que par les résultats acquis. C'est aussi l'assurance obligatoire contre la tuberculose qui facilite grandement dans ce pays la récupération des tuberculeux.

Une mention spéciale doit être faite des *Etats-Unis d'Amérique*, où l'on se préoccupe beaucoup de la récupération des tuberculeux qui apparaît comme une impérieuse nécessité : nécessité sociale, car chaque année 150.000 malades sortent des sa-

natoria et seraient incapables d'exercer convenablement un métier quelconque s'ils n'étaient guidés et instruits au préalable dans la nouvelle voie qu'ils vont suivre; nécessité morale aussi, et c'est là qu'apparaît l'originalité et, croyons-nous pouvoir dire, la grande justesse de vue de la méthode américaine de récupération.

Les Américains se préoccupent très spécialement de l'individualité de leurs malades, du droit que possède chaque individu d'aspirer au bonheur par le travail et l'épanouissement de sa personnalité. « Nous avons constaté, dit W. Burhoe, que le seul fait de savoir que quelqu'un s'occupe de faire des projets pour lui encourage le malade à prendre confiance en l'avenir et peut ainsi contribuer à sa guérison. »

La méthode de ce système de récupération sociale est basée sur l'individualisation des cas : c'est pour chaque malade qu'est fait le diagnostic social et professionnel au moyen de tests et d'examens nombreux en vue de l'orienter vers la profession où il pourra obtenir le maximum de satisfaction en fournissant le meilleur rendement.

« Le traitement social et médical doit être envisagé comme deux parties complémentaires d'un programme unique, ajoute Weldon Burhoe; traitement et formation professionnelle, guérison et

placement, tels sont les éléments que nous essayons de fusionner. »

A côté de leurs laboratoires médicaux, les sanatoria américains ont des laboratoires de psychologie qui orientent le malade, des ateliers de travail, des centres d'apprentissage, de sorte que, d'une manière générale, les malades ne sont renvoyés qu'après avoir reçu une formation professionnelle conforme à leurs meilleures aptitudes.

Peut-être que le succès de la post-cure réside, en outre de cette conception, dans un placement convenable. Les Etats-Unis possèdent un nombre appréciable de bureaux de placement spéciaux pour tuberculeux qui s'occupent chaque année de centaines de malades stabilisés et réentraînés.

Nulle part l'esprit social n'apparaît aussi développé qu'aux Etats-Unis; le service social y joue un rôle de premier plan; son autorité et son influence sont insoupçonnées en Europe.

CHAPITRE III

PROJET D'UN PLAN DE READAPTATION AU TRAVAIL

Nous avons vu qu'à la sortie du sanatorium, un certain nombre de malades guéris ou stabilisés doivent abandonner leur métier jugé insalubre ou dangereux.

Cependant obligés de vivre, eux et les leurs, ils demandent et obtiennent dans la plupart des cas un certificat de reprise de travail dans le but de se faire inscrire au registre de chômage.

C'est une solution à laquelle la plupart aboutissent, dans laquelle beaucoup se complaisent, qui leur permet évidemment de vivre d'une vie oisive analogue à celle du sanatorium mais qui entraîne des charges écrasantes et injustes pour la collectivité.

Il est de fait qu'un petit nombre de malades trouvent une situation dans le personnel des sanatoria, en rapport avec leur nouvelle capacité de travail mais cette utilisation des anciens malades n'en

résorbe qu'un très petit nombre, insignifiant par rapport à l'ensemble des malades à placer.

Reste le contingent très important des malades à capacité de travail assez intacte pour pouvoir exercer leur véritable métier dans certaines conditions spéciales d'hygiène et de sécurité.

Ceux-là demandent à être réadaptés progressivement aux conditions d'une vie normale. C'est pour eux surtout que la question présente le plus grand intérêt, car dans ce domaine presque tout reste encore à faire.

Voyons donc rapidement les principaux aspects du problème : Avant tout il est nécessaire de créer un véritable mouvement d'opinion en faveur du travail chez les tuberculeux. Les obstacles auxquels se heurte cette idée sont, en effet, multiples :

Ils viennent en grande partie du malade lui-même. Pendant les longs mois de traitement il a pris l'habitude de l'oisiveté. Il s'est, en quelque sorte, installé dans la maladie. L'habitude du désœuvrement a créé en lui une paresse tenace qui fait que l'on a la plus grande peine à le tirer hors de son apathie pour le réhabiliter à un travail régulier.

Beaucoup sont également persuadés que le repos absolu est indispensable à la guérison. C'est là une opinion connue et solidement ancrée dans l'esprit du public, qui fait que toute incitation au travail

est souvent interprétée comme une tentative d'exploitation.

Il y a aussi les difficultés économiques qui sont loin d'être négligeables : il faut, en effet, des locaux spéciaux, un outillage, des moniteurs, de la matière première, des débouchés. La solution de ce problème est surtout une question d'organisation et d'administration. Avec du soin et de la persévérance, il n'est pas impossible d'y parvenir.

Pour voir se développer rapidement ce mouvement d'opinion que nous souhaitons, il convient d'abord de favoriser son éclosion parmi les malades ensuite et surtout parmi les directeurs et médecins de sanatoria qui sont encore trop nombreux à négliger ou à mésestimer cette méthode dont l'avenir dépend d'eux directement. Il faut les persuader de sa valeur morale et de son excellente influence sur les malades. Le travail bien compris est souvent un stimulant ou un dérivatif et par là toujours un excellent agent thérapeutique.

Si beaucoup de directeurs de Sana ont à déplorer trop souvent un mauvais état d'esprit, une indiscipline perpétuelle, c'est en grande partie parce que les malades sont inoccupés et trop livrés à eux-mêmes. Il faut qu'ils sachent qu'ils ont le devoir de se préoccuper davantage de l'avenir de leurs malades. Le travail sera un moyen efficace de lutter contre la crainte de la rechûte et la peur de l'ave-

nir qui est une obsession pour tant de convalescents. Il faut que le médecin comprenne mieux son rôle social.

L'éducation des uns et des autres ainsi assurée, le problème ne se trouve pas encore résolu. Il convient encore d'organiser méthodiquement le travail des tuberculeux au sanatorium, de réaliser une atmosphère susceptible de donner et d'entretenir le goût et l'envie du travail.

Ce travail, dont la forme varie avec la catégorie du malade, devra s'adapter aux possibilités physiques et intellectuelles de chacun. Il est donc nécessaire de connaître pour chaque malade ses capacités physiques, son bagage intellectuel, son psychisme. La *capacité de travail* du tuberculeux que l'on pourra ainsi établir est d'un intérêt tout à fait primordial.

Pour cette détermination, il va être nécessaire de se livrer à un double examen.

Examen clinique complet comportant : épreuves de laboratoire, radiographies, spirométrie, afin d'avoir une notion aussi exacte que possible de la valeur physique du malade.

Examen psycho-technique ayant pour but d'établir le genre de travail convenant le mieux au malade.

Cette seconde partie de l'examen ne serait plus

la tâche exclusive du médecin qui pourrait se contenter d'une surveillance. Ce serait plutôt la tâche d'assistantes sociales spécialement formées, qui aideraient le médecin à établir ce *diagnostic social et professionnel* auquel les Américains attachent, avec juste raison, tant de valeur.

Le travail auquel seraient astreints les malades serait, soit manuel soit intellectuel, suivant leurs capacités. C'est sans grande peine et à peu de frais que l'on pourrait organiser ces différentes séries de travaux dans chaque sana : Travaux de jardinage, lingerie, peinture, petite menuiserie, cordonnerie — Aide à l'économat, à la pharmacie, à la bibliothèque.

Certains Sanatoria parmi les plus importants ou ceux situés près des grands centres pourraient perfectionner la méthode et s'adjoindre un ou deux ateliers avec moniteurs spécialisés et se livrer à la fabrication d'objets qui seraient ensuite vendus au public, à l'exemple de ce qui se passe à Papworth.

Les dépenses entraînées par cette organisation ne seraient pas un obstacle car elle doivent être normalement couvertes par la vente si les ateliers sont bien dirigés. Pour tous les malades cette méthode aura pour but d'empêcher le malade de perdre tout contact avec le travail et d'empêcher le malade de s'acclimater à l'oisiveté.

Pour les malades qui ne sont pas encore tout à

fait consolidés et qui de par la gravité des lésions dont ils étaient atteints réclament une vie où le travail sera dosé et l'effort surveillé de près — ce qu'ils risquent grandement de ne pas trouver à leur sortie du sana — il faudra prévoir, toujours sur l'exemple de Papworth, un *pavillon de travailleurs* employés à des travaux peu pénibles et placés sous surveillance médicale continue.

Pour les malades — et c'est là le plus grand nombre — qui doivent être complètement repris en main, qui doivent apprendre ou réapprendre un métier, nous verrions volontiers des *Sanatoria-écoles professionnelles*, véritables centres de rééducation qui combinerait la discipline d'un établissement de cure et l'enseignement d'une école d'apprentissage.

Ces centres de réadaptation fonctionneraient sous le contrôle des médecins du Sana, seuls qualifiés pour apprécier la capacité de travail de leurs malades. Il serait bon également que le travail fourni dans ces centres de réadaptation, fût rémunéré même d'une façon modique. Le malade s'en trouverait stimulé et il reprendrait confiance en lui-même. Cette méthode, en usage à Camerlata, y donne d'excellents résultats.

Ces centres seraient constitués d'ateliers comprenant chez les hommes une section de mécanique (tournage, ajustage, électro mécanique) et une sec-

tion de menuiserie; chez les femmes une section de couture.

Ces ateliers présenteraient encore cet avantage qu'ils constitueraient pour ainsi dire des laboratoires d'expérimentation et de recherches sur les tuberculeux au travail et donneraient ainsi d'utiles indications sur les professions recommandables aux tuberculeux.

C'est à peu près ce qui a été réalisé en Belgique, à Marcinelles, et ce que l'on pourrait réaliser assez facilement et à peu de frais chez nous, en rééquipant certains sanatoria et en aménageant certaines casernes désaffectées.

Financièrement, ces Sana-écoles ne reviendraient pas beaucoup plus cher qu'un Sana ordinaire. La vente bien comprise des petits travaux et le rapport des ateliers de réparations couvriraient le traitement des moniteurs et les dépenses pour les ateliers.

Enfin, il serait bon qu'un examen de sortie et un certificat d'aptitudes sanctionnassent comme à Camerlata la fin de cet apprentissage à la sortie du Sanatorium.

Reste à envisager le cas des tuberculeux chroniques bacillifère dont le nombre est si grand. Il constitue un réel danger pour la santé publique. C'est un malade fragile qui, au Sana, se maintient assez bien mais qui au dehors constitue un sujet

improductif difficilement récupérable du point de vue social : c'est donc une charge perpétuelle pour la société.

Que faire de ces malades que l'on ne peut laisser indéfiniment dans les Sanatoria? Le mieux, et c'est la solution à laquelle sont arrivés les Américains, est de créer des colonies pour y placer ces malades qui ne sont pas socialement récupérables mais qui, cependant, sont assez valides pour travailler.

Pratiquement, rien n'a été encore réalisé chez nous dans ce sens. Mais on pourrait s'inspirer des conceptions des pays voisins pour réaliser quelques logements sanatoriaux, groupés en cité-jardins dans les villes de quelque importance. Les malades y seraient placés sous la surveillance continue du Dispensaire qui dépisterait au premier signe la moindre crainte de rechute.

CHAPITRE IV

L'ASSISTANCE POST-SANATORIALE CE QU'ELLE EST ET CE QU'ELLE POURRAIT ETRE

Il n'existe pas encore à l'heure actuelle en France de texte législatif spécial pour les anciens tuberculeux. Mais ceux-ci peuvent déjà mettre à profit quelques dispositions qui ne les concernent pas particulièrement. C'est ainsi que :

— *La loi de 40 heures* avec ses deux jours de congé consécutifs et la loi des congés payés facilitent considérablement les repos prolongés et la vie hors des villes.

— *Les Assurances sociales* qui ont payé les frais d'assurance-maladie, assurent ensuite la pension d'invalidité toujours révisable. Le malade qui n'aura pu trouver qu'un petit travail peu lucratif aura là une compensation.

Pendant les deux années qui suivent la sortie du Sanatorium et quel que soit le lieu de sa nouvelle résidence, le malade reste inscrit sur la liste de l'A.M.G. de son ancien domicile.

Quelles que soient enfin les conditions de vie que le malade stabilisé retrouvera à sa sortie du Sanatorium, il devrait toujours pouvoir se fixer sous un climat favorable sec et sans vent, afin de favoriser autant que possible son prompt rétablissement.

— Rester à proximité d'un médecin compétent qui le surveillerait et procéderait dans certains cas à l'entretien des pneumothorax. Signalons à ce sujet qu'il se trouve en Silésie des « Postes d'entre-rations qui sont aux bifurcations des lignes de chemin de Pneumothorax » distués dans les agglomérats de fer.

— Trouver un emploi peu fatigant et salubre et qui lui laisse suffisamment d'indépendance pour pouvoir, sans crainte de le perdre, prendre les jours de repos nécessaires.

— Avoir l'assurance qu'il serait repris au Sanatorium si une rechute survenait, car pour beaucoup de malades consolidés c'est souvent la perspective d'attendre cette réadmission de longues semaines, en cas de nécessité, qui les fait hésiter à tenter la reprise du travail.

A ce propos, signalons qu'un certain nombre de professions sont à déconseiller en raison de leur insalubrité.

Nous empruntons, au Professeur Parodi, l'énumération suivante. Sont à déconseiller en raison :

De l'humidité : laveuses.

De l'obscurité : mineurs.

Des poussières : charbonniers, menuisiers, tisseurs, cimentiers, travail au jet de sable, etc.

De la chaleur : verriers, fondeurs, chauffeurs de chaudière.

Des émanations toxiques : peintres, imprimeurs (plomb et benzol), étameurs, fleuristes, fabricants de papiers peints (arsenic), doreurs (mercure), allumettiers, fabricants de pneumatiques (phosphore) et tous métiers employant des produits toxiques.

A cause du surmenage : Garçons de café, chauffeurs d'auto, boulangers, danseurs, etc...

Par contre, beaucoup d'autres occupations seront autorisées et même conseillées, tels les métiers de : concierges et gardiens divers, garçons de bureaux, magasiniers, secrétaires, artisans divers, horticulteurs, coiffeurs, employés de sanatorium, petits commerçants.

En terminant, insistons sur ce fait qu'il reste beaucoup de choses, possibles à réaliser pour faciliter la réadaptation sociale des tuberculeux.

Diverses mesures pourraient être prises, à peu de frais, qui donneraient des résultats encourageants à bref délai.

Des prêts pourraient être consentis aux malades pour faciliter leur réinstallation, ce qui permettrait à beaucoup de sortir des villes et d'aller se fixer à

la campagne où de petits métiers les feraient vivre facilement et dans de meilleures conditions hygiéniques. L'avance à consentir ne serait pas fort élevée et bien souvent ferait un producteur d'un assisté.

Des bureaux de placement spéciaux pour anciens tuberculeux pourraient être institués, qui les documenteraient exactement sur les métiers à conseiller sur les emplois vacants, les places réservées aux anciens malades, les débouchés de l'artisanat dans chaque région.

Les carrières administratives pourraient être ouvertes aux tuberculeux cliniquement guéris; il n'est pour cela que de modifier légèrement la loi du 30 mars 1929 et bien plus, des offices réservés aux anciens tuberculeux, des emplois peu fatigants pourraient être réservés à ces malades ainsi qu'il en est pour les mutilés de guerre.

Des ateliers pour tuberculeux pourraient être créés dans les grandes villes, à l'image de ceux qui existent en U.S.A., en Angleterre, en U.R.S.S.

L'initiative privée a d'ailleurs procédé à un essai dans ce sens, il y a quelques années, essai qui s'est montré particulièrement satisfaisant et digne d'être encouragé. Il s'agit de l'essai tenté par la *Ligue de réadaptation des diminués physiques*. L'atelier ainsi créé comporte deux sections : un *atelier de transition* pour les malades réellement consolidés,

« remontant la pente vers la vie », un *atelier d'occupation* pour ceux chez qui les forces sont encore défaillantes et qui demandent à être protégés pour longtemps encore. Pratiquement, le travail y alterne avec le repos en chaise-longue, les ouvriers y sont bien soignés et reçoivent en plus un petit salaire.

L'intelligente conception de cette organisation valait d'être signalée. Il serait souhaitable qu'elle fût imitée.

Signalons, pour terminer, l'importance souvent méconnue du service social qui peut être un des meilleurs auxiliaires de la réadaptation sociale du tuberculeux. Le malade, dès sa sortie du Sanatorium, devrait aussitôt être pris en charge par le service social. Il faudrait que soit alors créée une véritable assistance post-sanatoriale non pas sous forme monétaire dont l'emploi serait peut-être détourné de son but, mais bien l'aide sociale clairvoyante, adaptée aux nécessités particulières de chaque famille. Recherche d'un logement plus salubre, recherche d'emploi, placement d'un enfant, préparation du « climat moral » du foyer en vue du retour du malade. Prêts pécuniaires pour le foyer, le chauffage, l'alimentation qui doit être rationnelle et abondante.

C'est ainsi qu'au Danemark, la commune doit obligatoirement aider la famille dont le chef est

en sanatorium; qu'en Allemagne on donne des secours en espèces ou en nature. Qu'en Belgique, des veuves de tuberculeux vont faire le ménage chez des femmes tuberculeuses. Qu'en Hollande, on fournit gratuitement literie, chaises-longues, crachoirs.

On entrevoit, à la suite de cette étude rapide, toute l'ampleur du problème de la récupération des tuberculeux. Orienter chaque malade dans le sens qui lui convient le mieux, lui donner l'enseignement nécessaire pour remplir convenablement une occupation en rapport avec ses aptitudes et ses forces, en un mot.

Réadapter, rééduquer le tuberculeux, tel est le but poursuivi.

Si à cette tâche on ajoute celle de les placer, on aura rendu à la société des individus productifs et autant de tuberculeux rendus à la vie normale sont autant d'hommes heureux, de vies utiles, et souvent de foyers sauvegardés. L'intérêt du pays tout entier est donc de s'attaquer rapidement à cette œuvre pour laquelle il ne s'agit pas tellement d'entreprendre des dépenses nouvelles, mais bien de mieux organiser, de mieux comprendre et de mieux diriger ce qui a été fait jusqu'à présent, en y apportant les modifications nécessaires.

CONCLUSIONS

Dans la mesure où l'état et l'étude actuelle des faits permettent de conclure, et en se rapportant à l'étude qui précède, il est possible de formuler les propositions suivantes :

I. — *Le reclassement social des tuberculeux est directement déterminé par la réadaptation au travail de ceux-ci.* Cette reprise d'une vie normale (ou se rapprochant le plus possible de la normale), au sortir du sanatorium, doit être envisagée comme ayant une importance identique à celle de la cure sanatoriale et climatique. C'est un problème des plus complexes et parfois des plus difficiles à résoudre.

II. — *C'est de préférence sur les malades encore jeunes que l'effort de réadaptation doit porter,* cette catégorie de sujets se réadaptant plus facilement que des individus âgés. Mais cette réadaptation, loin de s'adresser à tous les tuberculeux en

bloc, ne peut être envisagée que pour un certain nombre de malades, par ce fait même que la reprise du travail est elle-même déterminée par diverses conditions cliniques et anatomiques favorables que l'on ne rencontre malheureusement pas chez tous les individus.

Ces malades peuvent être classés en quatre catégories, selon l'état de leurs lésions :

A) Les sujets dont la guérison radiologique et clinique est acquise (quoiqu'on sache combien le mot de guérison comporte de réserves dans cette maladie). Ces malades forment la minorité des cas envisagés.

B) Les sujets porteurs depuis plus d'un an d'un pneumothorax unilatéral complet ou électif, ne présentant aucun symptôme alarmant à l'examen clinique, et chez qui la radio révèle la totale intégrité du côté opposé. Ces malades constituent des cas favorables pour lesquels on est en droit d'envisager la reprise du travail avant même l'abandon du pneumothorax et la *restitutio ad integrum*.

C) Les sujets stabilisés depuis plus d'un an, avec reliquat scléreux présentant tous caractères de stabilité et de non-évolutivité au cours d'examens radiologiques successifs. Ces cas sont encore assez favorables mais exigent des examens bactériologiques assez fréquents de l'expectoration attestant

l'absence de B. K. et par là indiquant l'inactivité de ces séquelles.

D) Enfin, une dernière catégorie de sujets qui peuvent bénéficier de réadaptation au travail, mais pour qui des précautions tout à fait spéciales doivent être prises, est constituée par les tuberculeux présentant des séquelles encore actives par intermittences mais sans tendances évolutives. Chez ceux-ci, les examens cliniques et radiologiques donnent les mêmes indications que pour le groupe précédent, mais l'expectoration se révèle bacillifère, que ce soit d'une façon continue ou intermittente.

III. — *Deux éventualités possibles doivent être considérées au moment d'envisager la reprise du travail* chez un tuberculeux, suivant que les malades peuvent reprendre leur ancien métier ou doivent en choisir un autre.

1° *Dans les cas les plus favorables, on est autorisé à tenter la reprise de l'ancien métier*, mais la reprise du travail sera toujours précédée d'une remise en train au sanatorium même et comportera l'obligation d'une activité réduite. Il est nécessaire de signaler en outre que ce mode de réadaptation est en butte à deux obstacles réels :

— D'une part, la fréquente mauvaise volonté du malade qui supporte impatiemment un séjour plus

prolongé au sana, ou qui, au contraire, répugne à sortir de son oisiveté pour reprendre une vie laborieuse;

— D'autre part, le peu d'empressement des employeurs à embaucher des sujets dont l'activité est réduite et que le public a encore aujourd'hui trop tendance à considérer comme des tarés dangereux, malgré la garantie médicale de leur innocuité.

Il est à ce propos souhaitable qu'une meilleure éducation médico-sociale du public permette de vaincre cette « tuberculophobie » mal raisonnée.

2° *Dans la seconde éventualité, le sujet ne doit pas reprendre ses anciennes occupations, en raison de leur caractère trop pénible ou insalubre : c'est ce qui arrive en particulier pour ceux qui travaillent dans la grosse industrie métallurgique ou chimique ou autres usines, etc...*

Il convient dans ce cas d'offrir au malade, soit un travail du type artisanal, n'exigeant pas une grosse somme d'efforts et s'effectuant dans des conditions d'hygiène souhaitables, soit d'envisager hardiment son retour à certaines branches de l'industrie légère, telles que l'horlogerie, par exemple, ou la petite mécanique, où le travail très mécanisé ne demande qu'un effort physique réduit convenant parfaitement à des tuberculeux stabilisés ou guéris.

Ce retour à l'industrie, quoique semblant à première vue peu séduisant du point de vue hygié-

nique, présente l'avantage d'offrir des situations mieux rémunérées et de permettre par conséquent aux anciens malades de se procurer plus facilement les conditions de vie favorables à leur santé.

Le reclassement social des anciens malades devrait obligatoirement être précédé d'une période de réadaptation à l'ancien métier ou d'apprentissage au nouveau, période devant s'effectuer au sanatorium.

A cet effet, devraient être prévus dans les sanas des ateliers-écoles contrôlés par le médecin, seul compétent pour juger des possibilités de chaque sujet et apprécier par des examens réguliers la somme d'efforts à lui demander.

La mise en pratique de cette conception est cependant difficile dans l'état actuel des choses, étant donné la mauvaise volonté de beaucoup de malades et l'inertie des pouvoirs publics.

L'initiative privée semblant, du moins en France, insuffisante à assurer une telle entreprise, les pouvoirs publics, par l'importance de leurs moyens d'action, pourraient donc seuls actuellement organiser dans les sanas des centres de réadaptation au travail et surtout veiller à leur fréquentation assidue.

V. — En outre, il conviendrait, dans l'intérêt de la société comme dans celui de l'individu, que l'Etat

garantisse solidement l'assistance dans le travail aux anciens malades au sortir des sanatoria et par là facilite leur reclassement social.

Divers moyens sont à sa disposition, entre autres :

1° Admission plus aisée des anciens malades parmi le personnel des sanatoria et hôpitaux-sanas ;

2° Encouragement matériel et subventions aux initiatives privées, trop souvent ignorées ou découragées par l'Etat lui-même ;

3° Mesures individuelles et collectives s'adressant directement aux malades et consistant en prêts d'installations aux artisans, allocations, création d'offices spéciaux de placement pour tuberculeux, création d'emplois réservés, réglementation des heures de travail, surveillance médicale post-sanatoriale obligatoire ;

4° Enfin, création de villages-sanatoria du type agricole (sur le modèle de celui de Hermprotsch), ou du type industriel (sur le modèle de celui de Papworth), qui seraient réservés aux tuberculeux stabilisés avec séquelles actives.

Vu, le Doyen :

TIFFENEAU.

Vu, le Président de thèse :

L. TANON.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris :

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- E. Ahrens. — Vocational rehabilitation of the tuberculous. *Rehabilitation Rev.*, octobre 1937.
- P. Bourgeois. — La reprise progressive du travail chez les tuberculeux pulmonaires. *Rev. Méd. Franç.*, avril 1938.
- B. W. Burhoe. — Present day experience in rehabilitation of the tuberculous. *Nat. Tuberc. A. Tr.*, 1937.
- E. Brieger. — Nachfursorgesiedlung für Tuberkulose. *Ztschr. f. d. Ges. Krankenhausw.*, 10 octobre 1933.
- E. Brieger. — L'aide après la cure et la réadaptation des tuberculeux pulmonaires. *Brit. J. Tuberc.*, XXXI (suppl.), 4 octobre 1937.
- R. Courtois et J. Leclercq. — Rééducation au travail des convalescents de tuberculose pulmonaire. *Le Scalpel*, n° 34, 21 août 1937.
- Derscheid. — Essai de réadaptation au travail des tuberculeux. *Bull. de l'Union Internationale contre la Tuberculose*, vol. XIII, n° 11, avril 1936.

- H. des Comps.* — La réadaptation des tuberculeux pulmonaires au travail. *Bull. Gén. de Thérapeutique*, t. CLXXXVIII, n° 9, 1937-1938.
- M. P. Diaz.* — Social rehabilitation of the tuberculosis. *Occup. Therapy*, décembre 1937.
- A. Fabre.* — La reprise du travail et l'avenir social des tuberculeux pulmonaires. *La Presse Méd.*, n° 78, 28 septembre 1938.
- H. S. Gear.* — Papworth village settlement for tuberculous its interest for China. *Chinese M. J.*, août 1933.
- Grenaudier.* — La récupération des tuberculeux. *Le Mouvement Sanitaire*, n° 154, février 1937.
- H. Hudson.* — When should rehabilitation of the tuberculous begin. *Tr. Am. Hosp. A.*, 1936.
- G. Ichok.* — L'action sanitaire à l'étranger; le travail industriel des tuberculeux aux Etats-Unis. *Rev. d'Hyg.*, octobre 1933.
- E. E. Klionskly.* — Prophylactorium for occupational rehabilitation of tuberculous patients. *Sov. Vrach. Gaz.*, 15 mai 1933.
- P. Lafosse.* — Réadaptation du tuberculeux au travail. Home sanitaire et centre de réadaptation régional. *Revue Médicale Française*, novembre 1938.
- A. Muzzarelli-Verzoni.* — Organizzazione e funzionamento dell' Istituto pore e post sanatoriale

- di reducazione a lavoro de Pratolino. *Lotta contre la Tuberc.*, septembre 1933.
- A. Muzzarelli-Verzoni. — Il riadattamento al lavoro dei tubercolotici polmonari. *Osp. Maggiore*, août 1934.
- G. Poix. — La tuberculose et les fonctionnaires de l'Etat. *Presse Médicale*, juin 1938.
- E. Rist. — L'admission aux fonctions publiques des tuberculeux guéris. *Presse Médicale*, 3 mai 1937.
- H. Rolleston. — Papworth; parent village settlement for tuberculosis. *Canad. Pub. Health. J.*, décembre 1933.
- Roux. — La réadaptation du tuberculeux à la vie normale. *Bull. Mém. Soc. Méd. de Passy (Haute-Savoie)*, n° 5, novembre 1936.
- H. E. Sehuchardt. — Arbeitskolonien für Tuberkulose im faschistischen Italien. *Tuberkulose*, janvier 1934.
- L. G. Shreyberg, A. J. Vinogradov et I. L. Brakhtman. — Evaluation of working capacity and occupational rehabilitation of tuberculous patients. *Probl. Tuberk.*, n° 9, 1937.
- Sieke. — Recherches concernant l'influence des interruptions et reprises du travail sur l'évolution du processus tuberculeux. *Ztschr. f. Tuberk.*, t. LXXVIII, 1937.
- W. B. Stott. — Local workshops for tuberculous

- patients. *Tidjdschr. v. sociale hyg.*, nov. 1933.
- N. E. Wedenskaya et V. U. Kush. — Working capacity and occupational rehabilitation of tuberculous patients. *Probl. Tuberk.*, n° 8, 1937.
- Weissman. — Contribution à l'étude de la réadaptation sociale et de l'orientation professionnelle des tuberculeux pulmonaires aux Etats-Unis. Thèse de Montpellier, 1936-37.
- J. Berthier. — Avenir immédiat des tuberculeux après la cure sanatoriale. *Arch. de Méd. Gén. et Colon.*, n° 4, 1935.
- Boissel. — La post-sanatoriale. Quelques notes pour l'établissement d'un programme d'ensemble. *Le Mouvement Sanit.*, n° 171, juillet 1938.
- Ed. Bresky. — Assistance post-sanatoriale. VIII^e conférence int. contre la tuberculose, 6-9 septembre 1932.
- E. Brieger. — Assistance post-sanatoriale. VIII^e conférence int. contre la tuberculose, 6-9 septembre 1932.
- Ch. Carez. — L'assistance post-sanatoriale. *Liège Médical*, n° 22, 28 mai 1933.
- R. Collet. — L'effort post-sanatorial. *J. de Méd. de Bordeaux*, 25-30 août 1932.
- R. Courcoux. — La vie post-sanatoriale. *Revue Médico-Sociale*, n° 2, février 1937.
- R. Courcoux. — La vie post-sanatoriale. L'infir-

- mière cliniquement guérie. *Revue Médico-Sociale*, n° 3, mars 1935.
- R. Courtois et E. Olbrechts. — Assistance post-sanatoriale. VIII^e Conférence int. contre la tuberculose, 6-9 septembre 1932.
- M. Deghigi. — L'évolution du problème de la post-cure des tuberculeuses. Etudes critiques, synthétiques, avec observations personnelles. *Lotta contro la Tub.* V., n° 8, août-novembre 1934.
- Aline Frenkel. — Les œuvres post-sanatoriales. Etude médico-sociale. Thèse Toulouse, 1930.
- L. Guinard. — Assistance post-sanatoriale. VIII^e Conférence int. contre la tuberculose, 6-9 septembre 1932.
- G. Giannatempo. — Scopi e organizzazione dell'assistenza post sanatoriale. *Difesa sociale* 11 : 478, nov., 535; déc. 1932, 12 : 85, fév. 1933.
- R. H. Hazemann. — La post-cure des tuberculeux et les collaborations mises en œuvre. *Le Mouvement Sanitaire*, n° 118.
- R. H. Hazemann. — La cité sanitaire des blessés du poumon. *Revue d'Hygiène et de Médecine Sociales*, février 1932.
- N. Heitmann. — Assistance post-sanatoriale. VIII^e Conférence internationale contre la tuberculose. *La Presse Médicale*, 12 octobre 1932.
- Kaiser Petersen. — Médecin praticien et médecin

- de l'assistance aux tuberculeux. *Munchener Medizinische Wochenschrift*, 21 mai 1937.
- Massé. — Récupération post-sanatoriale. *Le Mouvement Sanitaire*, avril 1936.
- E. Morelli. — Assistance post-sanatoriale. VIII^e Conférence internationale contre la tuberculose. *La Presse Médicale*, 12 octobre 1932.
- A. Muzzarelli Verzoni. — Organizzazione e funzionamento dell' Istituto pre e post-sanatoriale di rieducazione al lavoro di Pratolino. *Lotta contro la tuberc.*, septembre 1933.
- H. D. Pattison. — Assistance post-sanatoriale. VIII^e Conférence internationale contre la tuberculose. *La Presse Médicale*, 12 octobre 1932.
- Georges Petit. — L'assistance post-sanatoriale. *Le Courrier Médical*, n^o 30, 23 juillet 1933.
- Ferdinand Piéchaud et Paul Lamothe. — A propos de l'assistance post-sanatoriale. *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales*, 2 octobre 1932, n^o 40.
- Rolland. — La surveillance médicale post-sanatoriale. *Bull. Mém. Soc. Méd. de Passy (Haute-Savoie)*, n^o 5, novembre 1936.
- P. Roussel. — La cure et la post-cure. *Journ. Sciences Médicales et Médico-Chirurgicales*, 15 juin 1936.
- G. Roux. — Un sanatorium et ses œuvres post-sanatoriales. *Paris Médical*, 7 janvier 1933, n^o 1.

- D. D. Stewart.* — Assistance post-sanatoriale. VIII^e Conférence internationale contre la tuberculose. *La Presse Médicale*, 12 octobre 1932.
- B. H. Vos.* — Assistance post-sanatoriale. *Rev. de Phtisiol. Méd.-Sociale*, juillet-août 1932.
- B. H. Vos.* — Assistance post-sanatoriale. VIII^e Conférence intern. contre la tuberculose, 6-9 septembre 1932.
- B. H. Vos.* — Assistance post-sanatoriale. Congrès intern. de la tuberculose, La Haye, septembre 1932. In *L'Infirmière Franç.*, n^o 10, oct. 1934.

